



SENADO FEDERAL
Coordenação de Registros Parlamentares
e Pessoal Comissionado

DOC3

INCLUSÃO OU EXCLUSÃO DE DEPENDENTE DE PARLAMENTAR

1. DADOS DO PARLAMENTAR

Nome parlamentar: _____

Matrícula: _____ Ramal: _____

2. DEPENDENTES

INCLUSÃO – preencher os itens 3 (Imposto de Renda) e 4 (Assistência Médica)

EXCLUSÃO

Nome completo (sem abreviar)

Grau de Parentesco

Finalidade
IR* AM**

_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*IR: Imposto de Renda; **AM: Assistência Médica

3. IMPOSTO DE RENDA – DECLARAÇÃO PARA FINS DE ABATIMENTO

Se a última declaração do IR foi entregue no modelo simplificado: Declaro que o(s) dependente(s) acima assinalado(s), para fins de IR, vive(m) sob minha dependência econômica.

Se não apresentou declaração do IR do ano-base anterior à Receita Federal: Declaro que o(s) dependente(s) acima assinalado(s), para fins de IR, vive(m) sob minha dependência econômica.

Se a relação de dependência ocorreu após o término do ano-calendário anterior: Declaro que o(s) dependente(s) acima assinalado(s) para fins de IR e que não consta(m) da minha última Declaração de Imposto de Renda vive(m) sob minha dependência econômica.

Para inclusão de companheiro(a) sem filho em comum: Declaro que eu e meu(minha) companheiro(a) temos vida em comum há mais de cinco anos.

4. ASSISTÊNCIA MÉDICA – DECLARAÇÃO PARA FINS DE INCLUSÃO

Para inclusão de companheiro(a): Declaro que eu e meu(minha) companheiro(a) formamos uma entidade familiar de convivência duradoura, pública e contínua, conforme a Lei nº 9.278, de 10/5/96.

Para inclusão de menor de 21 anos, sob guarda e responsabilidade: Declaro que o(s) menor(es) acima assinalado(s), do(s) qual(quais) detenho a guarda judicial, reside(m) em minha companhia e vive(m) sob minha dependência econômica.

Para inclusão de pai e/ou mãe: Declaro que meu pai e/ou minha mãe acima assinalado(s) para fins de assistência médica não tem (têm) economia própria e vive(m) sob minha dependência econômica.

Estou ciente de que, no caso de inclusão de dependente inválido, aguardarei decisão da Junta Médica do Senado Federal e de que estou sujeito às penas da Lei em caso de declaração falsa.

Em ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) Parlamentar

Para preenchimento do Serviço de Cadastro Parlamentar – SECAPA/COPACO:

Lançamento no sistema ERGON, em ____ / ____ / ____

Servidor responsável: _____ Matrícula: _____

Encaminhe-se ao SEARQP para arquivar.

Em ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo